

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 99

CONSIDÉRATIONS
SUR UN CAS DE
Luxation traumatique ovulaire de la Hanche
CHEZ UN ENFANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 24 juin 1921

PAR

Augustin-Ulysse-René PRINCETEAU

Né à Bordeaux (Gironde), le 28 avril 1894.

Examineurs de la Thèse

{	MM. DENUCÉ, professeur	<i>Président.</i>
	MOURE, professeur	{ <i>Juges.</i>
	ROCHER, agrégé	
	PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD
3, Place de la Victoire, 3

1921

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

DEPOSENTS: HENRY J. HARRIS

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 99

CONSIDÉRATIONS

SUR UN CAS DE

Luxation traumatique ovulaire de la Hanche

CHEZ UN ENFANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 24 juin 1921

PAR

Augustin-Ulysse-René PRINCETEAU

Né à Bordeaux (Gironde), le 28 avril 1894.



Examineurs de la Thèse

{	MM. DENUCÉ, professeur.....	<i>Président.</i>
	MOURE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	ROCHER, agrégé.....	
	PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.
	CASSAET.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.
	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements....	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique.....	SABRAZES.
Anatomie.....	PICQUE (chargé)
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	AUCHÉ.
Médecine légale.....	VERGER.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.	BERGONIE.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.
	Médecine expérimentale....
	Clinique ophtalmologique...
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
	Clinique gynécologique....
	Clinique médicale des maladies des enfants.....
	Chimie biologique.....
	Physique pharmaceutique...
	Pathologie exotique.....
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
	Clinique des maladies des voies urinaires.....
	Clinique psychiatrique.....
	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
	Toxicologie.....
	FERRÉ.
	LAGRANGE.
	DENUCÉ.
	BÉGOUIN.
	MOUSSOUS.
	DENIGES.
	SIGALAS.
	LE DANTEC.
	W. DUBREUILH.
	POUSSON.
	ABADIE.
	MOURE.
	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie.....	PRINCETEAU.
Anatomie et embryologie....	PICQUÉ.
	N...
Histologie.....	LACOSTE (chargé).
Physiologie.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)
	N...
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale.....	N...
	PETGES.
Médecine générale.....	CARLES.
	MAURIAC.
	Médecine générale.....
	Maladies mentales.....
	Médecine légale.....
	Chirurgie générale.....
	Obstétrique.....
	Ophtalmologie.....
	Pharmacie.....
	LEURET.
	DUPÉRIÉ.
	CREYX.
	N...
	PERRENS.
	LANDE.
	GUYOT.
	ROCHER.
	DUVERGEY.
	PAPIN.
	PERY.
	FAUGÈRE.
	TEULIÈRES.
	LABAT.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....	N...
Cours complémentaire d'Analyse chimique qualitative et quantitative.....	N...
Cours complémentaire de Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Cours complémentaire de Microbiologie.....	N...
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AINÉ
LE LIEUTENANT PAUL PRINCETEAU

(LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE)

Mort pour la France, le 24 octobre 1916, devant le fort de Vaux.

Tu fus et tu demeures pour moi l'inaccessible modèle : sans les phrases que tu n'aimais pas, mais avec tout mon cœur, je te dédie cet ouvrage.

A MA MÈRE

A MON PÈRE, MONSIEUR LE DOCTEUR PRINCETEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ANATOMIE
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Puis-je ne pas vous réunir ici dans un même élan d'affection, vous que j'ai toujours vus unis dans toutes les circonstances de la vie, surtout lorsqu'il s'est agi du bonheur de vos enfants.

Merci encore, mon père, d'avoir si puissamment contribué à ma formation scientifique, et de m'avoir fourni le sujet de ce travail inaugural.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. BITOT

MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX

Qui guida si sûrement mes premiers
pas dans l'étude de la médecine.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En souvenir du stage si profitable que
j'ai fait dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

En qui j'ai senti dès le premier contact,
non pas seulement le chef de service
plein de sympathie, mais encore le
maître à l'esprit large qui ne peut pas
ne pas former des élèves.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET ORTHOPÉDIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ ORTHOPÉDIQUE DE FRANCE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MON CHER MAÎTRE,

Je ne saurais trop vous remercier ici de l'accueil toujours si bienveillant que j'ai trouvé auprès de vous, et de l'enseignement si profitable que vous m'avez toujours prodigué.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Déjà peu fréquentes chez l'adulte, les luxations traumatiques de la hanche sont, chez l'enfant, d'une extrême rareté. Aussi, les traités classiques de chirurgie infantile sont-ils presque muets sur cette grave lésion, que l'on pourrait avoir tendance, de ce fait, à considérer comme pratiquement inexistante. Faut-il rappeler à ce sujet, l'histoire de ce chirurgien des environs de Suffolk, dont parle Hamilton, à qui un procès fut intenté parce qu'il disait « avoir réduit une luxation traumatique de la hanche chez un enfant indigent âgé seulement de quatre ans, et réclamait les honoraires à la paroisse. Les experts convinrent qu'aucun fait de ce genre n'avait été publié et que, par suite, une luxation de la hanche chez un sujet aussi jeune, pouvait être considérée comme impossible, sept ans étant la limite d'âge la plus basse à laquelle un traumatisme de ce genre pouvait se produire. »

A l'occasion de ce procès, du reste, un confrère de ce chirurgien, Image, pour protester contre le jugement rendu, apportait à l'appui de ses dires, une observation personnelle de luxation traumatique de la hanche chez un enfant de trois ans et demi.

Ayant eu l'occasion d'observer une lésion traumatique ovalaire de la hanche chez un enfant de treize ans, il nous a semblé que cette affection ne méritait pas un oubli aussi complet. Nous avons pu constater dans nos recherches qu'elle n'était peut-être pas tout à fait aussi rare qu'on aurait pu le supposer, et, d'autre part, il nous a semblé

qu'elle pouvait présenter, du fait même de l'âge du blessé, quelques particularités intéressantes, surtout au point de vue de l'évolution et du traitement. Ce sont les quelques remarques que nous avons faites à ce sujet que nous voulons apporter ici.

D'ailleurs, Hippocrate lui-même, n'a-t-il pas eu connaissance de quelques cas de ce genre ? On le croirait, à lire cette description vivante et imagée qu'il donne de la démarche dans la luxation ovalaire ancienne de la hanche :

« Dans la marche, la jambe saine est obligée de se rapprocher de l'autre, et le tronc, à son tour, s'infléchissant du même côté, il en résulte que la fesse saine bombe fortement en dehors, tandis que le flanc et la hanche du côté lésé présentent un creux très sensible. Le blessé, ainsi courbé de côté, perd de sa taille, et s'appuie d'un bâton du côté sain, en prenant un autre point d'appui avec sa main sur le côté externe de sa cuisse luxée. *Les enfants ainsi atteints* cherchent rarement à redresser le corps, mais se traînent misérablement sur la jambe saine ; et si plus tard, ils marchent debout, portés sur une ou deux béquilles, ils tiennent en l'air le membre luxé, à qui l'atrophie a ôté beaucoup de son poids. »

Mais il nous faut remonter jusqu'aux traités de Malgaigne, d'Astley Cooper et surtout de Hamilton pour trouver les premières observations bien établies de luxations traumatiques ovalaires de la hanche chez des enfants.

Nous avons pu en recueillir chez ces auteurs un assez grand nombre qui, toutes, paraissent indiscutables ; mais elles datent de l'ère préradiographique ; et dans une période plus récente nous n'avons pu en retrouver que trois, toutes publiées par des chirurgiens allemands (Streissler, Rosenberg, Endlich) qui soient pourvues du contrôle des rayons X. Pour rare qu'elle soit, cette affection peut donc se rencontrer en pratique, et nous verrons combien il peut être important de faire un diagnostic rapide et un traitement approprié de ces luxations, si sujettes, chez

l'enfant, à une ankylose rapide dans la position la plus fâcheuse qui soit.

Mais nous ne voulons pas pousser plus loin sans remercier ici notre maître M. le professeur Denucé de la bienveillante cordialité dont il a toujours fait preuve à notre égard et, en particulier, de l'aide si précieuse qu'il nous a accordée au cours de nos recherches. Nous lui en serons toujours reconnaissant. Qu'il nous soit permis aussi d'adresser tous nos remerciements à MM. les professeurs Broca, Frélich et Nové-Josserand qui ont bien voulu nous confier le résultat de leur expérience personnelle.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

« Les luxations traumatiques de la hanche peuvent se produire à tous les âges », a dit Hamilton et c'est à tous les âges, en effet, que nous les avons rencontrées au cours de nos recherches depuis six mois (Obs. de Powdrell) jusqu'à quinze ans. Mais quelle est leur fréquence relative par rapport à celles de l'adulte? Pour Hamilton, le plus grand nombre se produit entre quinze et quarante-cinq ans et voici la statistique qu'il donne concernant les quatre-vingt-quatre cas qu'il a étudiés :

Au-dessous de 15 ans.....	15 cas.
— de 15 à 30 ans.....	32 —
— de 30 à 45 ans.....	29 —
— de 45 à 60 ans.....	7 —
— de 60 à 85 ans.....	1 —

La disproportion n'est pas, on le voit, si considérable qu'on pourrait l'imaginer entre le nombre des luxations traumatiques de l'enfant et celui de l'adulte; il semble même être bien plus élevé chez lui que chez les gens âgés.

De ces 15 cas rapportés par Hamilton : 8 étaient des luxations iliaques, 5 des luxations ovalaires, 2 des luxations dans l'échancrure sciatique. Il semble par conséquent que le pourcentage des luxations ovalaires (33 % contre 53 % d'iliaques et 14 % d'autres luxations) soit plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte. Si l'on s'en rapporte

par exemple à la statistique de Frank Hodge citée par Hamilton, on voit que sur 103 cas, considérés sans distinction d'âge, il y aurait : 13 luxations ovalaires (soit seulement 12 1/2 %) contre 55 iliaques (53 %), 28 dans l'échancrure sciatique (27 %) et 8 publiennes (7 1/2 %).

De notre côté, nous avons pu recueillir en y comprenant notre blessé, 16 cas de luxation traumatique ovulaire de la hanche chez des enfants, contre 27 iliaques, 4 dans l'échancrure sciatique et 3 ilio-pubiennes; soit 32 % de luxations ovalaires, contre 54 % d'iliaques, 8 % dans l'échancrure sciatique et 6 % d'ilio-pubiennes.

Pour ce qui est du sexe, il est aisé de prévoir, vu leur turbulence plus grande, que les garçons sont plus fréquemment atteints; c'est ainsi que sur nos seize cas, trouvons : quatre filles et neuf garçons. Dans trois observations le sexe n'est pas indiqué.

Il nous reste maintenant à étudier le mécanisme proprement dit de ces luxations; et tout de suite, la phrase de Bigelow revient à l'esprit : « Tout ce qu'il y a d'essentiel à savoir des luxations de la hanche peut s'apprendre sur un bassin et un fémur dont on aura enlevé les parties molles, à l'exception du ligament ilio-fémoral et de la portion de capsule sus-jacente. »

Il est facile, en effet, de comprendre avec ces pièces anatomiques en main, le mécanisme aujourd'hui bien connu de la luxation de la hanche en avant : le traumatisme surprend le sujet dans une position telle que : ou bien c'est le bassin qui se trouve brusquement fléchi et porté en hyperabduction sur une cuisse fixe, ou bien c'est la cuisse mobile qui se trouve portée en brusque flexion et abduction sur le bassin fixé. Donc, un léger degré de flexion, attitude habituelle d'ailleurs, dans les efforts violents et les mouvements instinctifs de défense, permet à la tête du fémur de venir s'appliquer contre la portion inférieure, amincie, de la capsule au-dessous du ligament en Y; là elle repose sur l'échancrure cotyloïde, autre point faible de cette articula-

tion : qu'une violence quelconque survienne, utilisant le bras de levier du fémur, ou s'appliquant directement sur la tête et celle-ci peut ainsi sortir de sa cavité. C'est le stade primitif de Bigelow : la luxation est à ce moment en bas, directement sous-cotyloïdienne. Luke put bien, à la vérité, constater au cours d'une autopsie une luxation restée à ce stade, la tête siégeant directement au-dessous du sourcil cotyloïdien, à égale distance de l'échancrure sciatique et du trou ovale. Mais c'est là un fait exceptionnel ; il se produit toujours en pratique un déplacement secondaire : Il y a-t-il adduction et rotation en dedans ? la luxation devient postérieure (dans l'échancrure sciatique ou la fosse iliaque). Il y a-t-il au contraire abduction et rotation en dehors ? elle devient postérieure (ovalaire ou sus-pubienne).

Tel est bien le mécanisme, que l'on peut mettre en lumière d'après les observations que nous avons étudiées : il s'agit le plus souvent d'une chute, soit que le malade tombe simplement du haut de sa hauteur (il semble que ce soit le cas le plus fréquent), soit qu'il tombe d'un lieu plus élevé (un arbre, un échafaudage, une échelle), la jambe se portant brusquement en abduction forcée et en rotation externe.

Quelquefois, comme dans notre observation, un choc violent directement appliqué sur la face postérieure de l'articulation au moment de la chute, vient contribuer à chasser la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde ; dans deux cas, il s'agit d'écrasement par voiture ; jamais nous n'avons retrouvé à l'origine un éboulement ou un traumatisme considérable comme on en rencontre chez les adultes et ce fait tout particulier nous a semblé intéressant à noter : il semble en effet que chez l'enfant, ce n'est pas tant la violence du traumatisme qu'il faut incriminer dans l'étiologie de la luxation traumatique, que ses modalités d'application.

Ici d'ailleurs, une question se pose impérieusement à

l'esprit : comment expliquer la grande rareté de la luxation traumatique chez l'enfant? Peut-être, à cet âge, l'élasticité du fibreux permet-elle aux ligaments articulaires, de céder sans se rompre à l'action des violences extérieures et de revenir ensuite sur eux-mêmes. C'est l'opinion de Saint-Germain, nous avouons que nos recherches sur le cadavre ne nous ont pas permis de constater de différence bien notable à ce point de vue entre l'enfant et l'adulte.

Faut-il incriminer, avec Monchet et Séguinot, une facilité de réduction plus grande chez les enfants; celle-ci se produisant pour ainsi dire spontanément, de sorte que les blessés n'arrivent pas le plus souvent, à l'hôpital? En fait, deux observations que nous publions à la fin de cet ouvrage nous montrent cette réduction spontanée, d'une luxation traumatique ovale chez des enfants (Obs. IX et X).

Mais la véritable raison de cette rareté semble bien être celle qu'on admet généralement : chez l'enfant, la soudure entre les épiphyses et les diaphyses n'est pas suffisamment complète, et le même traumatisme qui, chez l'adulte, provoquerait une luxation, ne provoquera chez l'enfant, qu'un décollement épiphysaire plus ou moins pur, plus ou moins accompagné de fractures de voisinage et c'est pour cela qu'il nous a paru intéressant de noter plus haut que l'intensité du traumatisme n'entraîne que fort peu en ligne de compte dans la production de la luxation chez l'enfant. Ollier, d'ailleurs, expérimentant sur des cadavres d'adultes, n'obtenait même chez eux que très rarement des luxations; la plupart du temps, c'était des fractures qu'il provoquait.

Pour notre part, nous avons essayé sur une trentaine de sujets de tous les âges, depuis quelques jours jusqu'à quinze ans, de provoquer des luxations ovalaires; nous devons avouer que nous n'avons jamais pu produire que des décollements épiphysaires ou des fractures du col.

Nous nous placions cependant, dans les conditions qui nous paraissaient le mieux correspondre aux faits cliniques

observés : nous solidarisions les divers segments du membre inférieur à l'aide d'une atelle qui remontait jusqu'au grand trochanter; munis de ce bras de levier puissant, nous pratiquions alors l'abduction forcée en flexion accompagnée ou non d'un choc violent en arrière de la tête fémorale. Nous n'avons cependant pas obtenu le résultat espéré.

Peut-être alors faut-il admettre chez certains sujets une prédisposition spéciale, une laxité particulière des ligaments permettant à la luxation de se produire. C'est ainsi que dans une observation de Seguinot, un enfant qui présentait une luxation traumatique iliaque, avait déjà eu, un an auparavant, une luxation du coude. Cette laxité articulaire spéciale est d'ailleurs bien connue chez certains sujets : il est des acrobates, par exemple, qui sont susceptibles de produire chez eux à volonté certaines luxations et Chassaignac rapporte le cas d'un homme qui pouvait à volonté transformer une luxation iliaque en luxation ischiatique.

Enfin, certaines luxations rares, comme la luxation du maxillaire inférieur, ne peuvent guère s'expliquer que par une laxité spéciale des ligaments articulaires chez certains sujets.

Il y a là peut-être, l'explication de la possibilité de ces luxations traumatiques de l'enfance et de leur grande rareté relative.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique.

Les autopsies de luxations récentes, chez l'enfant, n'existent pas, et l'on est obligé, pour se représenter les lésions possibles, de se rapporter à ce que l'on a trouvé chez l'adulte. Nous ne connaissons d'ailleurs que cinq autopsies de luxations ovalaires récentes chez l'adulte : celle de Verhaege, de Schinzinger, de Luke et plus récemment celles de Duboué et de Sourdille. Seule, celle de Sourdille qui a trait à un sujet de seize ans, se rapproche un peu plus des faits que nous étudions ici.

Chez tous ces sujets la capsule était déchirée dans sa portion inférieure et interne, près de l'insertion au col fémoral; le ligament rond était arraché de la tête; une extravasation sanguine plus ou moins considérable existait dans les tissus avoisinants. Quant à la tête, elle reposait sur le muscle obturateur, tantôt superficielle (sous la peau et l'aponévrose, cas de Sourdille) tantôt recouverte par le pectiné et le moyen abducteur (Duboué), parfois aussi ses muscles étaient réduits en bouillie (Schinzinger).

Le col est en rapport avec les vaisseaux fémoraux, et le nerf crural qu'il soulève, en rapport direct également avec le tendon du psoas, qui tendu au-devant de lui, l'applique sur la paroi de la fosse ovale.

Le grand trochanter peut être situé en entier dans la cavité cotyloïde; parfois son bord supérieur peut reposer

sur le bord inférieur du cotyle ; enfin il peut être tout entier au-dessous du sourcil.

Le cartilage de revêtement de la tête avait dans le cas de Schinzingher une coloration rouge brun, mais comme dans les autres cas il était intact. La tête se trouvait maintenue au niveau du trou ovale par la tension de la lèvre antérieure capsulaire et par l'appui que lui offrait le bord antérieur de la cavité cotyloïde.

Pour ce qui est des luxations anciennes, nous sommes mieux renseignés, car diverses interventions sanglantes (résection ou reposition) pratiquées sur des enfants atteints de luxations ovalaires anciennes, ont permis de reconnaître les lésions auxquelles on avait affaire (cas Streissler, Rosemberg, Endlich, Schömann).

Un fait important semble se dégager des diverses observations : c'est la rapidité considérable avec laquelle la tête fémorale, la cavité cotyloïde et la région obturatrice elle-même se transforment. On assiste là à un double processus : d'une part la cavité cotyloïde tend à se remplir ; d'autre part, une nouvelle cavité articulaire tend à se former sur le nouvel emplacement de la tête, où se constituera éventuellement, plus tard, une ankylose fibreuse, puis osseuse.

Particulièrement intéressante à ce sujet est l'observation de Streissler (obs. II) où l'opération vint confirmer ce que l'on avait déjà pu présumer d'après la radiographie. Dès la cinquième semaine dans cette observation et celle de Rosemberg, dès la neuvième dans celle d'Endlich, on pouvait constater que la cavité cotyloïde était remplie d'un tissu conjonctif dur, compact, lardacé, fermement adhérent au fond de la cavité, laissant d'ailleurs au-dessous de lui le cartilage intact.

L'examen microscopique de ce tissu lardacé montra à Streissler qu'il était composé en plus du tissu de granulation, de tissu conjonctif adulte qu'il considère comme des restes de l'ancienne capsule, fait important qui permet de

comprendre les rares cas d'irréductibilité d'emblée, par interposition d'un fragment capsulaire.

La tête, elle, était encore intacte, mais entourée également d'une épaisse couche de tissu lardacé qui déjà dans le cas de Streissler présentait quelques points d'ossification.

Plus tard le tissu lardacé qui comble la cavité cotyloïde, devient de plus en plus adhérent et peut même s'ossifier; la cavité se comble, s'aplatit et peut disparaître tout à fait, de telle sorte que la tête ramenée à son niveau se reluxe immédiatement (cas Mac Conise).

La coque lardacée qui entoure la tête devient plus épaisse, son fond se revêt même de cartilage et la néarthrose ainsi formée, qui peut être très profonde, se revêt habituellement d'une membrane néoformée, épaissie et très vascularisée : pas de mobilité dans cette nouvelle articulation; il s'agit cliniquement d'une ankylose fibreuse. Plus tard encore il y aura ossification, et la tête pourra se trouver si étroitement fixée que le couteau du chirurgien sera impuissant à la libérer et qu'une tentative de reposition sanglante devra, de ce fait, se terminer par une résection.

C'est cette coque également qui empêche l'écroutement des parties molles à l'endroit où cette tête se trouvait lorsqu'on a réussi la reposition sanglante (cas Streissler).

Quant à la tête, elle paraît se maintenir sans changement plus longtemps que la cavité : jusqu'à trois mois on a toujours trouvé le revêtement cartilagineux intact.

Après, le cartilage se transforme peu à peu en tissu fibreux.

Par suite de l'atrophie due à son inactivité, la tête se rapetisse et présente, au niveau de sa partie postérieure, par laquelle elle appuie sur les plans sous-jacents, une facette assez marquée, de couleur sombre (Rosemberg,). L'os devient friable, poreux, peut même se résorber en partie. L'axe du col se met en continuité avec celui du

fémur, se raccourcit et devient plus massif (Ostermayer). La saillie des trochanters adhère souvent à la cavité.

Comme lésions associées à la luxation, on a constaté une fracture du sourcil avec esquille longue de deux centimètres et demi, haute de un centimètre et demi recouvrant en avant la tête (Rosemberg). Dans le cas de Streissler des tentatives de réduction violente avaient amené une fracture du fémur au tiers supérieur.

CHAPITRE III

Symptômes.

Nous ne ferons que rappeler rapidement les signes de la luxation ovalaire de la hanche, ils ne présentent, en effet, chez l'enfant, rien de particulier.

Le sujet ayant glissé sur le sol du haut de sa hauteur, étant tombé d'un lieu plus ou moins élevé, éprouve tout à coup une violente douleur dans la hanche. Il ne peut se relever. Cette règle générale, cependant, n'est pas absolument constante chez l'enfant, et l'on peut rappeler ici le cas observé par Sédillot : un enfant de six ans s'était luxé la cuisse gauche dans le trou obturateur en jouant à l'école ; il rentre chez lui à pied, ne se plaignant que d'un peu de douleur à la hanche. On crut à une simple contusion, mais au bout de huit jours, les accidents n'ayant pas cessé, Sédillot appelé en consultation diagnostique une luxation ovalaire. La réduction fut opérée par des tractions sur la cuisse fléchie.

Quoi qu'il en soit, l'impotence fonctionnelle est en général complète, mais c'est surtout l'attitude du blessé qui est caractéristique : Et d'abord le membre est en abduction forcée : suivant l'expression classique : « le genou sort du lit ». Cette abduction n'est cependant pas tout à fait aussi considérable dans certains cas ; il nous a semblé d'ailleurs logique de penser que le degré d'abduction doit être fonction de la position de la tête : plus celle-ci repose en avant

sur le trou obturateur, c'est-à-dire plus elle se rapproche de la luxation périnéale, plus l'abduction est marquée.

Cette abduction, d'autre part, se fait en flexion ; flexion assez apparente quand le sujet est couché, mais qui peut passer à peu près inaperçue quand il est debout, parce qu'il y a alors une attitude de compensation du tronc.

A l'inspection la saillie normale du grand trochanter a disparu : celui-ci a plongé et a laissé à sa place un méplat assez accentué, la hanche est comme aplatie, les abducteurs tendus.

La plupart des auteurs signalent en outre un allongement réel du membre ; c'était le cas dans notre observation. Cet allongement, d'ailleurs, comme le fait remarquer Holmes, est d'autant plus faible que l'abduction et la flexion sont plus marquées. Pour certains auteurs cependant, il n'y aurait pas d'allongement ; il pourrait même y avoir raccourcissement réel.

C'est la palpation qui doit donner les signes de certitude : sensation d'une cavité cotyloïde vide, palpation d'une sphère que l'on peut faire rouler sous la main au niveau du trou obturateur. Malheureusement l'extravasation sanguine considérable, la douleur et les contractures musculaires qu'elle provoque, ne permettent pas toujours une appréciation suffisamment précise, au moins au moment où il serait le plus intéressant de faire le diagnostic, c'est-à-dire, dès les premiers jours qui suivent le traumatisme. Les Allemands, avec Treube, recommandent fortement pour confirmer le diagnostic, le toucher rectal qui permettrait de sentir la tête au niveau du trou obturateur.

Il faut remarquer enfin que l'on peut assister, à la suite du traumatisme, à des signes généraux assez graves comme c'est le cas dans notre observation : état de shock intense et persistant, fièvre élevée, adynamie suivie de périodes d'excitation, tous phénomènes suffisamment accentués pour faire redouter les résultats d'une intervention immédiate et même pour faire reculer celle-ci de quelques jours.

Ces phénomènes, d'ailleurs, cèdent rapidement à la suite de la réduction. Il semble bien que l'on ne doive pas les considérer comme une contre-indication à l'intervention, bien au contraire.

Il reste au chirurgien deux procédés d'investigation qu'il devra employer aussitôt que possible parce qu'ils lui donnent une certitude, et qu'ils lui imposent une ligne de conduite : ce sont l'examen sous anesthésie générale et surtout la radiographie.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Voilà donc tout un ensemble de symptômes qui imposent le diagnostic. Ne s'en tiendrait-on d'ailleurs qu'aux seuls signes purement cliniques, qu'une erreur serait difficile à commettre.

On ne confondra pas une simple contusion, voire une entorse avec la luxation : l'impotence fonctionnelle n'est jamais aussi complète et l'attitude caractéristique du membre n'existe pas; de même une fracture du col ou un décollement épiphysaire qui, si ils entraînent la plupart du temps la rotation en dehors, ne s'accompagnent jamais de l'abduction caractéristique; de plus il y a un notable raccourcissement (6 à 7 cms) : le trochanter est saillant et surélevé, la mobilisation passive est souvent possible, entraînant parfois la constatation du signe de certitude : la crépitation. Plus délicat peut être le diagnostic avec une fracture du bassin et Chopard a publié une observation très intéressante de fracture du bassin simulant une luxation ovulaire de la hanche : seul l'examen sous chloroforme lui permit de faire le diagnostic.

Quant au diagnostic de la variété de luxation, il s'impose aussi par les caractères classiques de l'affection.

Une dernière question se pose toutefois, c'est celle de savoir s'il existe des lésions osseuses concomittentes. Nous ne ferons que répéter ici que la radiographie viendra éclairer complètement tous ces points.

CHAPITRE V

Evolution et Pronostic.

L'évolution de ces luxations est diversement considérée par les auteurs. Pour Hamilton « c'est la plus fâcheuse de toutes les luxations du fémur ». Il ne faut pas oublier cependant qu'il existe des faits assez bien établis de réductions spontanées des luxations ovalaires : Malgaigne en cite un cas communiqué en 1846 à la Société de Chirurgie. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui « étant tombé les jambes écartées avait senti à l'aîne droite une vive douleur accompagnant un craquement; il n'avait pu se relever. La jambe droite était allongée et écartée de l'autre de 50 centimètres environ. En voulant la rapprocher la douleur lui fit porter la main dans l'aîne où il sentit une forte tumeur. Instinctivement il pressa sur cette tumeur de dedans en dehors avec la main gauche. Un nouveau craquement se fit entendre, le membre avait repris sa forme normale. Le malade put se relever et retourner chez lui ».

Mais cette observation, étant donné l'âge du sujet, sort un peu du cadre de notre travail. Plus intéressante pour nous est celle de Dupuy (de Bordeaux), publiée dans la *Revue Médico-Chirurgicale* de décembre 1855. Il s'agit d'un enfant de douze ans chez lequel le chirurgien avait constaté les symptômes classiques de la luxation ovale : il avait fait tout disposer pour la réduction; mais au moment d'opérer, les symptômes avaient disparu, la luxation était réduite. Enfin, Hamilton, dans son traité, publie également

l'observation d'un enfant de dix ans (que l'on retrouvera d'ailleurs à la fin de cet ouvrage) et chez lequel la réduction fut involontairement opérée par le père de la victime.

Il est malheureusement plus fréquent de voir ces luxations non diagnostiquées et non réduites, devenir très rapidement en huit ou quinze jours absolument irréductibles par les manœuvres externes et nécessiter des interventions sanglantes (quatre obs. de Streissler).

Existe-t-il des cas où la réduction est impossible d'emblée? Nous n'en avons pas retrouvé chez les enfants et nous croyons qu'en employant des procédés appropriés on doit toujours pouvoir réduire par les manœuvres non sanglantes une luxation récente.

Quels peuvent être les obstacles en effet à cette réduction? Obstacles musculaires? Nathan Smith, incriminait la contracture spasmodique des fessiers; W. Reid, la tension des muscles adducteurs et rotateurs; Parmentier, l'étranglement du col entre les pyramidal et l'obturateur interne. On n'admet plus aujourd'hui ces obstacles musculaires et c'est la capsule seule qui est considérée comme responsable de l'irréductibilité, soit que sa portion encore intacte oppose une résistance insurmontable aux tractions, soit que l'étroitesse de la déchirure capsulaire vienne brider le col et le brider d'autant plus d'ailleurs que les tractions sont plus fortes, soit enfin qu'il y ait interposition entre la tête et la cavité cotyloïde d'un lambeau ou de la totalité de la capsule, ce qui d'après Gellé serait la disposition habituelle si la déchirure est perpendiculaire à l'axe du col et près de l'insertion fémorale de la capsule.

Comme on le voit, les deux premiers inconvénients peuvent être évités par des manœuvres appropriées, seul le troisième pourrait constituer un obstacle imprévu et insurmontable.

Ainsi donc, à côté des cas de réduction spontanée, à côté des luxations qui, au contraire, étaient très rapidement irréductibles, on trouve des observations comme

celles de Laurence où la réduction non sanglante fut encore possible six semaines après l'accident.

A quoi tiennent ces différences? Peut-être s'agissait-il dans les cas à réduction facile de luxations incomplètes — peut-être aussi fallait-il considérer les rapports différents que la tête affectait avec le muscle obturateur; mais la véritable raison nous paraît être dans la défectuosité des procédés de réduction employés. Nous allons en parler à propos du traitement.

CHAPITRE VI

Traitement.

Chez l'enfant plus peut-être que chez l'adulte, la réduction de la luxation doit être considérée comme une opération d'urgence et tentée aussi près que possible du moment où le traumatisme s'est produit.

Mais à quel procédé de réduction faudra-t-il s'arrêter ? Tous les auteurs à l'heure actuelle préconisent les procédés de douceur et nous croyons que, au moins chez l'enfant, les procédés de douceur appliqués d'une façon rationnelle et à temps, ne doivent jamais se heurter à un échec.

A. Cooper cite bien un cas de luxation ovalaire récente chez un jeune garçon, qu'il ne put arriver à réduire ; mais la faute en était sans doute au procédé de réduction qu'il employa (obs. XIV).

Il semble bien qu'une erreur ait été commise et que ce n'est point une pression qu'on eut due effectuer sur le genou mais bien une traction pour ramener la tête dans l'acétabulum.

On pourra se rendre compte d'ailleurs des méfaits que peut entraîner une obstination aveugle dans l'emploi des procédés irrationnels en lisant la curieuse observation publiée dans la thèse de Vètu et que nous reproduisons plus loin (obs. VII).

Quoi qu'il en soit, nous croyons que l'on peut s'inspirer ici d'un procédé de douceur bien connu à l'heure actuelle, celui que M. le professeur Denucé a préconisé pour la

réduction des luxations congénitales de la hanche. Seulement comme il s'agit là d'une luxation antérieure il faut évidemment prendre le contre-pied exact des manœuvres indiquées pour la luxation congénitale qui est une luxation postérieure.

C'est le procédé que M. le professeur Princeteau a employé pour réduire la luxation que nous avons pu observer dans son service.

Il a basé son procédé sur l'action du ligament de Bertin : « qui est orienté de telle manière que tout mouvement exécuté par la partie supérieure du fémur déterminera un mouvement de la tête fémorale de direction inverse ».

Il faut bien se représenter en effet que trois indications thérapeutiques se posent :

1^o Dégager l'os en relâchant l'obstacle ou en le tournant ;

2^o Amener la tête fémorale au niveau de la déchirure capsulaire ;

3^o Effectuer la coaptation.

Schématiquement on peut, comme dans le procédé du Professeur Denucé décomposer en quatre temps les manœuvres nécessaires pour remplir ces conditions.

Temps I. — Accentuation de la flexion pour mettre les muscles et le ligament en Y dans le relâchement complet, flexion qu'on peut conduire à l'angle droit (Pouteau, Anderson, Smith, Reid), conduire à l'extrême (Malgaigne, Guermonprez et Liber), le genou venant toucher la poitrine surtout si, par exemple, la déchirure capsulaire siège tout à fait en bas.

Aussitôt la flexion commencée il se produit un puissant mouvement d'abduction et de rotation en dehors qu'il faut se garder de contrarier car il contribue justement à remplir la deuxième condition de réduction : la mise en place de la tête en face de la déchirure.

Temps II. — Traction sur le genou pour faire remonter le plus possible la tête fémorale déjà décollée par l'abduction forcée.

Temps III. — Accrochement de la tête du fémur. Les doigts recourbés en crochet maintiennent et fixent la tête.

Temps IV. — Les deux mains ainsi placées font un mouvement de circumaduction qui portant le genou en dedans et en haut tendront à faire rentrer la tête en dedans et en haut dans le cotyle.

Le ressaut classique est là qui vient bruyamment sanctionner le résultat heureux de toutes ces manœuvres.

Tel est le traitement qui paraît être le traitement de choix pour la luxation récente ovulaire de la hanche chez l'enfant.

Mais quelle attitude faudra-t-il tenir en cas de luxation ancienne ? Ici nous n'avons pu guère recueillir d'observations que chez des auteurs allemands. Nous publions plus loin celle de Streissler.

Voici les quelques conclusions que nous croyons pouvoir tirer de nos recherches :

En présence d'une luxation ancienne, il faut toujours et malgré tout essayer avec persévérance les manœuvres de réduction non sanglantes et, pour ce faire, il nous semble rationnel après échec des tentatives extemporanées, d'essayer la réduction au bout de quelques jours, après avoir appliqué un appareil à extension continue, toujours dans l'abduction, pour tâcher de dégager, dans la mesure du possible, la tête de sa gangue musculaire, et pour tâcher d'obtenir un certain allongement des parties molles en état de contraction ou d'atrophie.

Mais il ne faut pas s'illusionner beaucoup sur le résultat de ces tentatives ; on est presque toujours amené à l'intervention sanglante : soit pour réduire la luxation à ciel ouvert en quelque sorte, soit si l'on ne peut y parvenir, pour obtenir un meilleur fonctionnement du membre ankylosé en position vicieuse.

Pour arriver à ce résultat on peut rationnellement envisager trois interventions : *l'ostéotomie, la résection, la réposition sanglante.*

Nous ne connaissons pas de cas de luxation traumatique de l'enfant traitée par l'ostéotomie. C'est cependant une opération assez simple et qui dans certaines circonstances aurait pu sans doute donner, au point de vue fonctionnel, les mêmes bons résultats qu'on a pu obtenir chez l'adulte dans les deux ou trois observations que nous avons rencontrées au cours de nos recherches.

Pour ce qui est de la résection, nous avons pu recueillir une observation de Schömann dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (1889). Il s'agissait d'une fillette de sept ans présentant une luxation traumatique obturatrice de la hanche gauche depuis plusieurs mois. Elle pouvait se traîner qu'à l'aide de béquilles. La résection amena un excellent résultat fonctionnel.

Mais l'opération la plus rationnelle, celle qui paraît donner d'ailleurs les meilleurs résultats, c'est la reposition sanglante tentée pour la première fois chez l'adulte par Polayllon (1883). Nous avons pu en recueillir trois cas : celui de Rosenberg (obs. II, 1886), celui d'Endlich (obs. I, 1894) et plus récemment celui de Streissler. Le premier mourut en six semaines de septicémie chronique. Ce deuxième n'ayant pu être suffisamment surveillé après l'intervention vit sa hanche ankylosée, mais il n'avait pas de raccourcissement et marchait bien. On verra que pour ce qui est du troisième cas les résultats furent très bons : mobilité presque entière, boiterie légère seulement après une grande marche, résistance assez grande à la fatigue. Streissler suppose que s'il avait pu prolonger son traitement post-opératoire, il aurait eu un résultat absolument parfait.

Ainsi donc, sur ces trois cas, il y en eut un de malheureux, un où le résultat fut assez bon, un autre enfin où il fut très satisfaisant. Mais il faut bien remarquer que les progrès de l'asepsie doivent, à l'heure actuelle, éviter des accidents comme celui qui survint dans le cas de Rosenberg.

L'opération de choix semble donc être la reposition sanglante : à l'inverse de l'épaule, en effet, ce qu'il faut à la hanche, c'est un membre solide et non raccourci, la reposition dut-elle se terminer par ankylose obtiendrait toujours ce résultat et la résection au contraire en compromettant le développement du fémur surtout chez le jeune enfant semble devoir être contre-indiquée.

Il ne faut pas oublier cependant que c'est une opération fort difficile et que l'on n'a pas toujours pu mener à bout chez l'adulte. C'est ainsi que Ranke, Mac Cornac, Wolkanau, Pinault, Ostermayer ont été obligés de terminer par une résection et Villeneuve par une ostéotomie, une intervention commencée pour une reposition.

De plus une remarque s'impose : s'il faut en règle absolue tenter d'abord la réduction non sanglante, il semble qu'il ne faille pas, dans les luxations anciennes, s'obstiner trop longtemps dans ces manœuvres sanglantes, comme dans le cas de Streissler, on peut provoquer une fracture qui compliquerait singulièrement la situation ; on peut aussi transformer la luxation ovale en iliaque ou ischiatique, comme dans le cas de Rosenberg, mais on peut surtout provoquer des extravasations sanguines considérables et des déchirures étendues des parties molles, que les manœuvres les plus prudentes elles-mêmes d'ailleurs, ne parviennent pas toujours à éviter.

Une conséquence en découle : Faut-il, lorsqu'on a définitivement abandonné les manœuvres non sanglantes entreprendre aussitôt la réduction à ciel ouvert ? Les tissus plus ou moins contus, plus ou moins dissociés par l'extravasation sanguine qui infiltre la région, créent un terrain trop favorable à l'infection. Il semble plus prudent d'attendre au moins trois semaines.

Quelles sont donc, en somme, les indications de l'intervention sanglante ? On peut les résumer ainsi :

1^o Dans les luxations récentes (jusqu'à trois semaines) :

a) Lorsque la réduction est possible d'emblée, ou que le

malade ait été soigné trop tard ; dans ce cas, plus l'intervention sera proche du traumatisme, plus le résultat fonctionnel sera bon ;

b) Lorsqu'il y aura une fracture concomittante du fémur comme dans le cas de Streissler.

2° Dans les luxations plus anciennes :

a) En cas de douleurs persistantes par compression des troncs nerveux ;

b) Ou à cause d'une incapacité fonctionnelle trop considérable due surtout à la position très défectueuse du membre.

Un très mauvais état général, un état de shock trop considérable après des manœuvres violentes de réduction non sanglante ou bien la formation d'une néarthrose fonctionnant parfaitement comme Höfliger en cite un cas chez l'adulte, sont, semble-t-il, les seules contre-indications à considérer.

Voici comment on peut, d'après Streissler, concevoir la technique opératoire.

Tout d'abord extension préalable pendant trois semaines environ, pour éviter, en distendant lentement les tissus rétractés de les déchirer au moment de l'intervention ; on pourra peut-être, d'ailleurs par ce moyen, obtenir, si la luxation est récente, une réduction non sanglante, inespérée.

Anesthésie générale (Streissler propose aussi la rachianesthésie). Mais surtout asepsie aussi rigoureuse que possible à cause du voisinage de l'anus et des parties génitales qui risquent de souiller la plaie opératoire. Il va sans dire cependant, qu'il faut considérer comme absolument superflue la manœuvre tentée par Oberot chez un adulte d'ailleurs qui consista à transformer, par manœuvres externes, une luxation ovulaire en luxation iliaque pour pratiquer la reposition sanglante quelques temps après.

L'incision la plus simple et la plus commode paraît bien être celle de Langenbuk. En raison de l'épaisseur du tissu

lardacé le deuxième temps de l'intervention, c'est-à-dire la recherche des surfaces articulaires est particulièrement délicat.

La tête ayant été bien dégagée on passe sous elle un élévateur courbe et pendant que des aides exercent avec des serviettes stériles une forte traction sur le membre en rotation interne et en flexion, on entraîne la tête vers sa cavité à l'aide de l'élévateur renouvelant à ciel ouvert la manœuvre employée pour la réduction non sanglante. Dans un cas (Endlich) il fallut pour permettre la réduction abraser une partie du sourcil cotyloïdien, dans un autre (Streissler) on dut sectionner le ligament transverse de l'acétabulum.

On termine en suturant les différents plans sans drainage.

Après l'intervention, il faut maintenir les surfaces articulaires en présence. Il vaut mieux ne pas employer pour cela l'appareil plâtré qui empêche tout contrôle sur l'articulation et qui surtout entraînera l'ankylose que l'on avait précisément voulu éviter. L'extension continue semble bien préférable. Il faut cependant surveiller attentivement la tête fémorale qui a tendance à fuir en avant, accident que l'on peut éviter en plaçant une contre-extension latérale à la partie supérieure de la cuisse.

On peut ainsi, tout en maintenant l'extension continue commencer tout de suite l'électrisation et le massage des masses musculaires. L'extension sera laissée trois semaines après quoi on fera, si l'on veut, une série de bains chauds suivis de mobilisation active et passive du membre.

Une semaine après l'ablation de l'extension, le malade peut déjà faire ses premiers pas. Il semble que plus le traitement post-opératoire aura été soigneusement institué, plus les résultats obtenus seront satisfaisants.

Enfin, il est intéressant de terminer sur cette remarque de Streissler, c'est que : « Les meilleurs résultats de la reposition sanglante ont toujours été obtenus chez des enfants. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

(Recueillie à l'hôpital des enfants dans le service de M. le Professeur agrégé Rocher, M. le Professeur agrégé Princeteau assurant la direction du service).

Lis... André, treize ans. Entre dans le service le 21 Novembre 1918, à 10 heures 30, transporté par une automobile d'ambulance. Vers 8 heures 1/2 le même jour l'enfant se trouvait entre un tramway et une automobile qui marchaient tous deux dans le même sens que lui, lorsqu'il reçut un choc dans la région fessière droite et qu'il se vit projeté par l'automobile qui était sur sa droite vers le tramway qui était sur sa gauche. Il tomba sur le pavé et ne put se relever : violentes douleurs dans la hanche sans perte de connaissance.

L'interne de garde se trouve devant un enfant choqué portant aux pieds, aux jambes, aux genoux des deux côtés, des ecchymoses et des plaies contuses superficielles. Petite plaie contuse également dans la région pariéto occipitale gauche. Petite plaie large comme une pièce de 2 francs sur la région sacro-coxale gauche, et vaste ecchymose longue de 15 cms. environ, partant d'un travers de doigt à droite de la colonne lombaire, traversant obliquement de bas en haut la région lombaire gauche et se dirigeant vers les côtes.

La cuisse droite est en flexion légère et surtout en abduction forcée, le genou reposant presque par sa face externe sur le plan du lit, la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse. Du même côté la saillie du grand trochanter est effacée et on constate entre la cuisse et la paroi abdominale antérieure une dépression en coup de hache.

Le membre inférieur droit n'est capable d'aucun mouvement actif ;

on peut passivement accentuer très légèrement la flexion, mais tout mouvement provoqué d'extension et d'abduction est impossible. Ces manœuvres arrachent des cris au malade.

Étant données la douleur intense et les contractures consécutives, il est impossible de reconnaître avec sûreté les repères osseux : tête, trochanter, cavité cotyloïde, ischiou même.

Température 37°2. Sensation de soif.

On transporte le blessé salle 10, lit n° 1. Injections hypodermiques d'huile camphrée.

Le 21 au soir, une agitation intense qui dure toute la nuit fait suite au schock. Température 38°.

Le 22 au matin le malade est prostré. Température 38°2, le membre inférieur droit toujours figé dans l'attitude décrite.

Le 23 l'état général est toujours mauvais. Température 39°. On profite d'un instant où la prostration paraît moins considérable



Réduction du décalque radiographique

pour faire radiographier le blessé. Cette radiographie dont nous reproduisons ici l'épreuve négative montre la cavité cotyloïde du côté droit normalement constituée, vide de sa tête. Celle-ci a fui vers le trou obturateur et est venue se loger sous la branche ascen-

dante du pubis. Le fémur a subi nettement un mouvement de torsion en dehors.

Le 24 l'état général s'améliore ; la température redescend. On renvoie l'intervention au lendemain pour attendre une amélioration plus complète.

Le 25, intervention. Anesthésie au chloroforme. Profitant de la résolution musculaire M. le Professeur Princeteau peut explorer la hanche, reconnaître quoique indistinctement la saillie de la tête sur le trou obturateur et le vide de la cavité cotyloïde. Il mesure les membres inférieurs et de l'épine iliaque antérieure et supérieure au milieu du condyle externe, et constate un allongement de deux centimètres du côté lésé.

Employant alors une manœuvre inverse à celle de M. le Professeur Denucé pour la réduction de la luxation congénitale iliaque.

Dans un premier temps il fléchit la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin puis, empaumant le genou de la main gauche il place la cuisse en forte flexion et accentue encore l'abduction.

Dans un 2^{me} temps il exerce une traction énergique sur le genou dans l'axe du fémur ; puis, tout en maintenant cette traction énergique, il accroche la tête de la main droite et la maintient. (3^{me} temps.)

Enfin dans un 4^{me} et dernier temps, les deux mains étant ainsi placées, il fait avec la main gauche, tenant le genou un large mouvement de circumduction qui porte le genou de plus en plus en dedans et en haut ; brusquement un ressaut se produit : la tête est rentrée dans sa cavité.

Un simple bandage serré autour des deux cuisses pour les tenir rapprochées est le seul appareil que l'on ait appliqué.

Le 30 novembre l'état général s'est tout à fait amélioré, la température est normale.

Le 4 décembre on enlève le bandage : mouvements actifs réduits dans toutes directions ; massage léger et mobilisation.

Le 8 décembre l'enfant fait ses premiers pas avec une canne.

Le 20 décembre il sort ayant récupéré à peu près complètement l'intégrité de ses mouvements.

Nous avons revu l'enfant le 20 février 1921 ; état fonctionnel très bon, cependant l'enfant boite un peu après une très longue marche. Tous les mouvements de son articulation sont d'amplitude normale sauf l'abduction qui est légèrement limitée.

OBSERVATION II

(Docteur Streissler, prise dans le service du Professeur Hacker).

Le 26 juin 1907, le jeune P... A..., âgé de quatorze ans, fut apporté à notre clinique. Antécédents héréditaires sans importance.

Il y a cinq semaines le malade glissa en terrain plat et tomba de telle sorte par terre que sa jambe droite étant maintenue en abduction extrême en avant et en dehors, la portion supérieure du corps tomba à droite et en arrière. Il se fit donc un violent mouvement de torsion sur le membre inférieur droit.

Après la chute l'enfant ne put plus se relever; il fut aidé par son père qui se précipitait à son secours et porté sur son lit. La hanche droite est fortement fléchie et en légère abduction, l'articulation du genou est fléchie à l'extrême. Dans le courant des quatorze jours suivants l'enfant put étendre progressivement le genou. Les premières tentatives de marche furent faites trois semaines après la chute. Le médecin appelé seulement alors diagnostiqua une luxation de la hanche et essaya la réduction. Comme il n'y réussit pas il nous envoya l'enfant à la clinique.

Nous fîmes les constatations suivantes : l'enfant parvenait à marcher péniblement avec l'aide d'un bâton. La portion supérieure de la cuisse est légèrement fléchie et en abduction, le genou légèrement fléchi. Le malade s'appuie sur sa jambe gauche et lance le tronc en avant. Le bassin est tenu très fortement incliné vers la droite, la colonne lombaire montre un degré accentué de lordose. La région trochantérienne est complètement déprimée, le pli inguinal fortement déprimé. Dans le décubitus dorsal la hanche droite apparaît fortement fléchie, en très faible rotation en dehors, immobilisée en extension et abduction. La jambe présente un raccourcissement de un centimètre par rapport à la gauche.

A la palpation on sent le grand trochanter tout au voisinage de la cavité cotyloïde, et la tête du fémur seulement très indistinctement parmi les abducteurs à côté du scrotum. Très distinctement cependant on palpe la tête à travers le rectum, comme une sphère arrondie et lisse. Par le palper combiné on peut établir avec certitude que cette tête doit siéger dans la partie

postérieure du trou obturateur, pas très éloignée de la portion inférieure du sourcil cotyloïdien.

La radiographie prise le lendemain de l'admission montre ces rapports très clairement ; on ne constate pas de fracture de la tête ou de la cavité cotyloïde.

Intéressante est l'ombre en forme de demi-lune qui entoure le contour de la tête, expression d'une coque osseuse de la tête dans sa nouvelle position. Un petit point sombre au-dessous du col peut aussi être rapporté à une néoformation osseuse. Le contour de la cavité n'est pas abrupt, il se perd au contraire insensiblement dans une zone légèrement sombre sur laquelle on reviendra.

D'après l'ensemble de ces symptômes le diagnostic de luxation obturatrice s'imposait ; plus spécialement il s'agissait d'une luxation sous-cotyloïdienne. En faveur de ce diagnostic est la forte flexion dans laquelle est maintenue la cuisse ainsi que la connaissance de la position qu'occupait la jambe lors de l'accident. Mais une luxation primitivement sous-cotyloïdienne se transforme facilement en une obturatrice.

28 juin : Essai de réduction sous chloroforme de la luxation. Après de longues et pénibles tentatives de réduction au cours desquelles en fixant bien le bassin, la cuisse fléchie à angle droit fut étendue, puis mise en rotation en dehors ; on réussit à la vérité à relâcher la solide gangue cicatricielle qui reliait la tête au bassin, mais la reposition fut empêchée par une fracture du fémur au tiers supérieur, survenue au cours de la rotation. Les tentatives furent interrompues et l'on appliqua au malade un bandage plâtré en extension et abduction suivant la méthode de Bardenheuer, ce bandage fut renouvelé au bout de trois semaines.

10 août : On constate ceci : la jambe droite est en forte abduction et flexion moyenne. Pas de rotation interne ou externe appréciable. La longueur réelle du membre est soixante-quatorze centimètres et demi contre soixante seize à gauche. Les mouvements de l'articulation de la cuisse sont à peu près complètement impossibles et le malade accuse alors de violentes douleurs.

Un peu au dessus du milieu de la cuisse, on trouve un angle appréciable de l'axe du fémur à sinus ouvert en dedans au niveau de la fracture qui paraît complètement consolidée. Le cal n'est pas particulièrement volumineux.

Au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supé-

rière on trouve en dehors des vaisseaux une excavation, les abducteurs sont refoulés en avant par la boule de la tête qui se profile entre l'épine du pubis et la tubérosité de l'ischion.

Comme une nouvelle tentative de réduction ne semblait pas devoir être suivie de succès, d'autant plus qu'il aurait fallu attendre des semaines encore à cause de la consolidation incomplète du fémur et que l'enfant, d'autre part, devenait insupportable, on se décida à la reposition sanglante. Celle-ci fut pratiquée le 12 août, donc onze semaines après la blessure.

Incision de Kocher, cependant un peu plus en arrière que d'habitude dans la résection de la hanche à cause de la forte rotation en dehors du grand trochanter. Division du grand fessier suivant ses fibres, les deux autres fessiers sont relevés en avant, l'obturateur interne en arrière.

On sent nettement la pointe du grand trochanter et au-dessus un approfondissement de la région correspondant à la cavité cotyloïde.

On dénude alors le grand trochanter par son bord externe sur six centimètres environ. Les muscles sont relevés à la rugine en avant et en arrière. La découverte de la cavité cotyloïde n'est pas très facile, car elle est complètement remplie d'une masse lardacée qui était caractérisée sur la radiographie par une zone trouble au niveau de la cavité.

Enfin, on parvient avec le détaché tendons à écarter suffisamment cette masse lardacée pour que l'acétabulum et son cartilage entièrement conservé apparaissent blancs. Du ligament rond on ne retrouve aucun reste, il doit avoir disparu dans la masse de tissu lardacé refoulée en haut. Près du bord inférieur de la cavité, on peut voir, après avoir enlevé une nouvelle couche de tissu fibreux et sectionné le ligament transverse de l'acétabulum, le col du fémur.

Pendant qu'on étend fortement la jambe et qu'on la fait tourner en dedans, on parvient sans difficulté bien considérable à introduire sous le col un élévateur courbe et à soulever la tête au-dessus du sourcil cotyloïdien. Le cartilage sur la tête aussi est complètement intact.

Suture par plans, petit bandage plâtré. La jambe est aussitôt mise en abduction et chargée faiblement d'abord, plus fort ensuite. Cicatrisation sans réaction.

Les recherches microscopiques sur la gangue extraite montra qu'elle se composait principalement de tissu conjonctif, une faible partie seulement était du tissu de granulation. En tous cas les portions lardacées devaient avoir leur origine dans la capsule primitivement enroulée dans la cavité. Les éléments élastiques ne pouvaient être décelés qu'en très petite quantité dans ce tissu conjonctif.

20 août : Ablation des points. Cicatrisation. A la place où se trouvait la tête luxée, on sent nettement parmi les abducteurs une tumeur assez dure.

24 août : Une radiographie prise aujourd'hui montre que la tête ne se trouve pas complètement en face de la cavité, mais paraît s'être éloignée de deux centimètres environ en dedans. Comme on en rend l'extension en abduction responsable on place le tracteur directement en dehors et en plus un tracteur latéral est placé muni d'un faible poids sur la cuisse, tirant en haut et en dehors.

5 septembre : Une radiographie prise aujourd'hui montre que la tête est irrécusablement placée dans la cavité. A la place où se trouvait la tête on reconnaît très clairement une saillie osseuse cupuliforme, que l'on avait pu déjà déceler sur la première radiographie, quoique moins nettement. Il est évident qu'elle correspond à la tumeur non encore complètement disparue que l'on palpe entre les abducteurs.

La palpation de l'articulation de la hanche donne des sensations normales ; la mobilité est restreinte dans toutes les directions.

Abandon de l'extension, bains chauds, mouvements passifs.

12 septembre : Le malade peut avec l'aide d'un bâton se promener ; la mobilité est sensiblement meilleure, l'abduction et l'adduction sont réduites au minimum.

20 septembre : L'enfant marche déjà par instants sans appui. La mobilité de l'articulation, surtout dans la flexion a augmenté. L'enfant se plaint encore de douleurs dans le genou qu'augmentent un peu les tentatives de mobilisation passive. L'abduction et la rotation ne font que peu de progrès.

Etat au 15 octobre : La cicatrice après la plaie opératoire est absolument souple. Les deux jambes sont à peu près également longues. La cuisse droite montre une légère convexité en dehors, expression de la consolidation légèrement angulaire de la fracture du fémur.

L'articulation de la hanche est maintenue fixée en flexion légère à droite. La flexion est à l'extrême de 60°, l'abduction de 15°, la rotation n'est également possible que dans une faible mesure.

Cependant l'enfant, grâce à des mouvements associés du bassin, exécute les mouvements utiles.

L'articulation du genou se laisse fléchir jusqu'à l'angle droit ; plus loin, l'enfant souffre.

L'enfant se tient très facilement sur la jambe malade sans chanceler le moins du monde. Il est tout le jour sur ses pieds sans avoir besoin d'appui. En marchant vite il boite un peu.

En dedans, près du fémur, la tumeur déjà décrite peut être perçue quoique peu distinctement. La radiographie montre que la coque osseuse est beaucoup plus mince qu'autrefois, donc paraît en partie résorbée.

Comme l'enfant désire vivement revenir chez lui il est exéaté le 26 octobre quoiqu'il eut été encore désirable que l'on ait pu étendre encore les mouvements de son articulation grâce à des mouvements actifs et passifs.

A cause de la jeunesse et de la turbulence du malade et des rapides progrès de la mobilisation de son articulation, la mobilité serait devenue sans doute presque normale.

OBSERVATION III

Résumée in Streissler.

Fille de sept ans. — Luxation traumatique obturatrice gauche ancienne. Troubles fonctionnels très graves.

Résection. Bons résultats fonctionnels.

OBSERVATION IV

Résumée in Streissler.

Quinze ans. — Luxation obturatrice gauche. Traitée quatorze jours après l'accident. Déchirure de parties inférieures de la capsule. Symptômes types. Marche avec béquilles. Tentative de réduction non sanglante sous chloroforme. Transformation en luxation iliaque et ischiatique.

Opération trois semaines après.

Incision latérale. Agrandissement de la déchirure capsulaire inférieure. Reposition, drainage, extension. Septicémie chronique. Mort en six semaines.

OBSERVATION V

Résumée *in* Streissler.

Garçon neuf ans. — Ecrasement. Luxation obturatrice gauche. Cavité pleine de tissu conjonctif, sourcil antérieur abrasé, tête intacte. Symptômes types; pas de mobilité, marche mauvaise. Fréquentes tentatives de réduction non sanglante sous narcose. Opération neuf semaines après.

Incision latérale; reluxation facile à cause du sourcil. Plaie ouverte. Atelle latérale. Guérison par secundum. Sequestrotomie. Dix mois après ankylose de la hanche, pas de raccourcissement, marche bonne.

OBSERVATION VI

(J.-C. Powdrell. — *The Lancet*, 16 mai 1868).

Le 23 avril 1868 : M. C... m'apporta son enfant, une petite fille de six mois, supposant qu'elle s'était blessée en tombant. C'était une enfant de taille normale et apparemment en très bonne santé.

L'histoire était la suivante : une semaine environ auparavant, l'enfant fut placée sur un petit fauteuil et attachée là avec un mouchoir tendu d'un bras à l'autre. Par accident, le fauteuil et l'enfant furent renversés et, d'après la mère accourant à son secours, il y eut difficulté à extirper l'enfant replié sur lui-même sur son côté « doubled on its side » par dessus le bras gauche du fauteuil.

L'enfant cria beaucoup pendant qu'on le délivrait de sa position délicate. Cependant la mère ne pensa pas alors qu'il fut sérieusement blessé. Après cette chute l'enfant parut « se porter sur le côté gauche » comme souffrant en quelque endroit et suivant l'expression même de la mère lorsqu'elle essayait « de lui toucher les pieds » il résistait et criait.

Plaçant l'enfant sur le dos et sur les genoux de la mère, les jambes semblèrent relevées et fléchies sur l'abdomen.

En étendant les jambes l'enfant hurla et plus encore lorsqu'on les rapprocha l'une de l'autre. Alors, en comparant les deux côtés, la nature de l'affection fut reconnue.

La jambe gauche était plus longue de 1 pouce à 1 pouce $\frac{1}{4}$ que la droite. Les doigts du pied gauche étaient étendus en dehors et le talon était relevé, le grand trochanter gauche était beaucoup moins proéminent que le droit et en arrière et au-dessus de lui il y avait une dépression non perceptible à gauche.

De ces symptômes je tirai aussitôt la conclusion que c'était un cas de luxation de la tête du fémur en bas et en avant sur l'obturator externe. Mon aide, M. Luke, survenant à ce moment en vint au même diagnostic.

Saisissant le côté gauche du pubis avec ma main gauche, ayant le pouce bien en bas sur le périnée, avec ma main droite « je saisis le cou-de-pied gauche » (me servant ainsi de mes mains comme d'une force d'extension et de contre extension). Sur le cou-de-pied j'exerçai une traction ferme mais douce dans l'axe du corps. Après avoir continué cela peu de temps j'appuyai mon pouce gauche contre la tête et la partie supérieure du fémur en haut et en dehors et au même moment portant le membre avec ma main droite vers la ligne médiane, nous eûmes le plaisir d'entendre la tête de l'os glisser dans l'acétabulum avec un claquement distinct.

Tous les symptômes précédemment décrits disparurent et l'enfant alors supporta la mobilisation de son membre avec apparemment très peu de douleur.

Le traitement consécutif fut simplement d'attacher les jambes ensemble avec un mouchoir aux genoux, recommandant le décubitus dorsal et de grands soins lorsque l'on remuerait l'enfant.

A l'heure actuelle (16 mai) l'enfant est bien.

OBSERVATION VII

(Thèse de Vétu).

Jeanne B..., de Gevrey, près Dijon, quinze ans environ. Excellente constitution tombe de sa hauteur, 22 janvier 1830, sans aucune charge sur elle. D'après elle, son pied droit en glissant sur le verglas s'était écarté de l'autre en se portant violemment en dehors. Tout le membre avait suivi cette direction dans laquelle il

vint violemment heurter le sol. Elle éprouva alors une très vive douleur dans l'articulation coxo-fémorale et il lui fut impossible de se relever. On appela de suite le chirurgien du lieu, M. D..., qui ne vint que le lendemain au matin. Quelle espèce de luxation fut constatée, nous l'ignorons.

Quoi qu'il en soit, il s'empessa de tenter la réduction par les moyens ordinaires; mais huit ou neuf tentatives presque consécutives n'ayant produit aucun résultat, il fit mettre la malade au bain et la saigna le soir du même jour résolu de revenir à la charge le lendemain. En effet, le 24, M. D... essaya de nouveau la réduction mais ses efforts ayant encore échoué cette fois, et la malade ne voulant plus se laisser toucher, il conseilla aux parents de la faire transporter à l'hôpital de Dijon où elle fut conduite le soir même du 24.

Le lendemain M. D... et M. O..., l'un des chirurgiens en chef de l'hôpital, se concertèrent pour faire de nouvelles tentatives.

On commença par constater l'espèce de luxation : à l'allongement anormal du membre, à la rotation du genou et du pied en dehors, à la présence d'une tumeur résistante au-dessous de l'aîne et enfin à la déformation de la hanche, etc., il ne resta aucun doute sur l'existence d'une luxation du fémur dans le trou obturateur.

On se mit de suite à l'œuvre : cinq aides furent chargés de faire l'extension et un nombre égal la contre-extension. Rien ne fut négligé pour obtenir un résultat favorable; cependant deux tentatives consécutives échouèrent complètement.

On soigna de nouveau la malade, on chercha même à provoquer la syncope pour diminuer, disait-on, la résistance des muscles. Mais malgré une saignée copieuse, la malade n'ayant point perdu connaissance comme on le désirait on tenta de nouveau et à plusieurs reprises la réduction qu'on ne put encore obtenir.

On prescrivit un bain pour le lendemain matin afin qu'elle fut soumise immédiatement après à de nouvelles tentatives.

Munis cette fois de forces plus considérables on se reprit avec une nouvelle ardeur. Plusieurs fois on fut obligé de s'arrêter tant pour soulager la malade que pour reprendre haleine. La luxation toutefois n'en persista pas moins. Enfin malgré les pleurs de cette malheureuse fille, on tenta un dernier effort lequel ne fut pas plus heureux.

On perdit alors tout espoir de réduction (résumé).

Ce n'est que le 28, c'est-à-dire trois jours après les dernières tentatives que nous revîmes la malade, qui se décida alors à une nouvelle tentative.

Une planche fut placée sous le matelas de la malade, pour donner au lit plus de résistance.

La malade fut couchée sur le dos, inclinée du côté sain, un rouleau de 6 à 8 pouces fut placé sous le genou du côté de la luxation. Un aide fixait le bassin en appuyait sur les épinos iliaques; un autre maintenait le genou et le pied.

Alors, nous étant placés au côté externe de la cuisse malade, nous croisâmes nos mains sous la partie postérieure de la base de la cuisse; et, à peine l'avions-nous légèrement soulevée, en la reportant un peu en haut et en dehors, que le bruit caractéristique de la réduction se fit entendre et que nous sentîmes en même temps sous nos doigts, un craquement particulier.

Le rouleau ayant été retiré de dessous le genou, le membre malade s'étendit sans peine à côté du membre sain, position dans laquelle il fut fixé au moyen d'une bande appliquée autour des genoux.

Les deux membres avaient alors la même longueur; le pied et le genou avaient repris leur position naturelle; la hanche s'était reformée; la tumeur de l'aîne avait disparu.

La malade cessa de souffrir dès l'instant de la réduction.

Au bout de dix jours, elle rentrait chez elle dans une voiture et on la coucha. Peu après, nous apprîmes qu'elle commençait à marcher, et, l'ayant revue l'année suivante, elle se portait très bien et marchait parfaitement.

OBSERVATION VIII

(Ormerod, St-Bartholomew's Hospital, *American journal of medical sciences*, Janvier 1847, p. 182)

Un enfant, âgé de cinq ans, fut admis par M. Vincent. Il était atteint d'une luxation du fémur gauche. Le membre était plus froid que celui du côté opposé et de couleur bleuâtre, éversé, très peu

mobile. Le genou et l'aine étaient en flexion ; le membre reposait sur les orteils. Lorsque l'enfant était couché sur le dos, on ne palpitait que très difficilement la tête de l'os, mais en le faisant tenir debout, on pouvait sentir la tête sous le psoas-iliaque, avec l'artère courant au-dessus.

Le manque de toute proéminence du grand trochanter qui était reporté en dedans, était très marqué, ainsi qu'une dépression au niveau du bord inférieur du muscle grand fessier. La tête de l'os pouvait à peine être sentie quand l'enfant était couché, mais pouvait être distinctement entraînée dans un mouvement de rotation par l'intermédiaire du fémur, quand l'enfant était debout. On ne pouvait déceler nulle part de crépitation.

L'accident était survenu ainsi : l'enfant était tombé sur ses jambes alors qu'il chevauchait le timon d'une charrette qui s'était subitement abattue.

Le membre fut mis en extension sans grands résultats, jusqu'à ce qu'il fut mis en adduction, il glissa alors tranquillement dans sa cavité, et la couleur bleue du membre commença aussitôt à s'effacer. Le membre redevint tout à fait normal dans ses rapports, ses mouvements et sa forme. L'enfant s'en alla au bout de 3 semaines environ, complètement guéri.

OBSERVATION IX

(Hamilton, *Traité des luxations et fractures.*)

Jacob L..., dix ans, tombe d'un arbre sur le sol, d'une hauteur environ 4 mètres. On ne sait sur quelle partie du corps porte la chute. Il perdit aussitôt connaissance et quand il revint à lui peu après il essaya de se relever mais sans pouvoir y parvenir. Il se plaignait d'avoir la cuisse cassée et poussait des cris perçants toutes les fois qu'on essayait de remuer le membre. Le père arriva au bout d'une heure environ et le trouva encore couché sur le dos, à l'endroit même où il était tombé, avec la cuisse droite écartée de la gauche et renversée en dehors. Il le plaça sur une petite brouette qui était assez longue pour l'enfant, mais qui n'avait que 1 pied 1/2 de large. Arrivé devant une porte et s'apercevant que la cuisse était suffisamment écartée pour mettre obstacle à l'entrée,

il saisit le membre et avec une certaine force le ramena en dedans, en travers du membre sain : « Aussitôt le fémur reprit sa place avec un claquement sonore comme le bruit d'un canon. » J'emploie les propres paroles du père.

Le lendemain, j'examinai le membre avec soin et trouvai une liberté absolue des mouvements. Cependant le blessé vomissait tout ce qu'il prenait et il urinait du sang en grande quantité. Les vomissements cessèrent bientôt mais l'hémorragie vésicale persista trois ou quatre jours.

Le neuvième jour l'enfant se promenait et le douzième on le voyait grimper au faite de la maison.

Je l'ai vu au bout d'un an, il accusait encore de temps en temps une certaine sensibilité dans la région de la hanche.

OBSERVATION X

(Résumée *in* Thèse Liber.)

Décembre 1855. Enfant douze ans. Réduction spontanée pendant les préparatifs d'une luxation ovalaire de la hanche.

« Après avoir constaté les symptômes bien nets de luxation ovalaire le chirurgien avait fait tout disposer pour la réduction : lacs extenseurs et contre-extenseurs ; quand, au moment de commencer on s'aperçut que la difformité avait disparu. La luxation était réduite. »

OBSERVATION XI

Résumée *in* thèse Liber.

Un jeune enfant de six ans s'était luxé la cuisse gauche en bas et en dedans en jouant à l'école. Il rentra chez lui à pied ne se plaignant que d'un peu de douleur à la hanche. On crut à une simple contusion, mais au bout de huit jours, les accidents n'ayant pas cessé, Sédillot appelé en consultation, diagnostiqua une luxation ovalaire. La réduction fut opérée par des tractions sur la cuisse « fléchie ».

OBSERVATION XII

(Lawrance. — Dislocation of the femur into the obturator foramen.

Lancet, 1817, vol. II, n° 13).

Un jeune garçon de quatre ans et demi, entra en boitant dans mon cabinet. La partie supérieure du corps était dans une position telle, que la jambe paraissait considérablement allongée; cependant les mouvements très limités de la jambe étaient indépendants des mouvements du bassin.

L'examen me montra ce qui suit :

La jambe en abduction, est couchée en arrière; l'adduction et la flexion sont limitées, la rotation impossible; la jambe droite est plus longue de 2 centimètres que la jambe saine; à la place du trou obturateur, on sent une voussure et une résistance: le grand trochanter droit se trouvait en dedans et au dessous de la cavité cotyloïde vide, enfin, la distance entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le grand trochanter était plus considérable à droite qu'à gauche.

Pour la réduction : après fixation du bassin, la jambe droite fut mise en abduction, puis fléchie, enfin puissamment mise en rotation de dedans en dehors. Pendant que la partie supérieure de la cuisse était solidement attirée en dedans et en haut à l'aide d'un lacs, on abaissa la cuisse de côté par une traction légère et la tête rentra dans la cavité avec une légère sensation de crépitation. Aussitôt, tous les mouvements furent possibles, les rotules se placèrent au même niveau.

Décubitus dorsal avec longue attelle postérieure.

Deux mois après la réduction, le blessé se promenait facilement avec un bâton.

La luxation était ainsi survenue six semaines auparavant : un camarade avait projeté le blessé à terre; on ne pouvait recueillir de plus amples renseignements. Le blessé après sa chute, était rentré chez lui en boitant.

OBSERVATION XIII

Résumée in Hamilton.

(J.-C. Warren. — *Boston medical and surgery journal*, vol. XXIV, p. 220.

Cité par Hamilton : Traité des luxations et fractures).

« Le Docteur J.-C. W..., de Boston, a rencontré une luxation ovalaire incomplète chez un enfant de six ans; le déplacement datait de huit à dix semaines et la réduction ne put être obtenue ».

OBSERVATION XIV

(Astley Cooper. — *Treatise of dislocations and fractures of the joints*).

Un jeune garçon de seize ans avait une luxation de la cuisse sur le trou ovale; il fut couché sur le côté sain et une traction fut exercée à la partie supérieure du membre dans un sens perpendiculaire à sa longueur. Alors le chirurgien appuya sur le genou de haut en bas, mais dans le deuxième temps de la réduction la cuisse ayant été en même temps portée trop en avant, la tête du fémur fut portée en arrière et passa dans l'échancrure sciatique. Tous les efforts furent infructueux pour la retirer de cette situation nouvelle.

OBSERVATION XV

(Thèse Pinault)

Théod. M..., âgé de dix ans, nous consulte le 15 novembre 1890. La veille, en tombant d'un arbre, il avait fait une chute de trois mètres. La branche, sur laquelle se trouvait l'enfant, venant à casser, celui ci tomba sur ses pieds et fut renversé en arrière et à droite. Il fut transporté à l'hôpital. Assisté de M. le Dr Gauthier, je procédais à la narcose, qui nous permit de faire un examen complet et indolore, ainsi qu'une réduction facile. Abduction forcée. Mouvements actifs nuls. Douleur au moindre mouvement. Distance du milieu de la symphyse au milieu de l'interligne articulaire interne du genou: trente-quatre centimètres à droite, trente et un centimètres à gauche. Distance de l'épine iliaque

antérieure et supérieure à la pointe du grand trochanter : sept centimètres à gauche, seize centimètres à droite.

A la partie supéro-interne de la cuisse, couleur bleuâtre de la peau, s'étendant jusqu'au pli inguinal. Sous les adducteurs, vers le trou ovale, on sent une résistance ronde, dure, qui bouge dès qu'on imprime au fémur des mouvements de rotation.

En appuyant vigoureusement sur cette résistance pour en explorer les contours on entend, au cours d'un mouvement provoqué de rotation en dehors, un bruit qui indique que la tête est rentrée dans la cavité.

En effet, la jambe reprend sa position normale.

Culottes plâtrées pendant trois semaines, puis massages, mouvements actifs et passifs.

Deux mois et demi après, guérison complète.

OBSERVATION XVI

(Bryant *in* Hamilton)

Dislocation of right femur into foramen ovale in a girl aged 14.
N'a pu être retrouvée.

CONCLUSIONS

1^o La luxation ovalaire de la hanche chez l'enfant est extrêmement rare puisque nous n'avons pu en recueillir que 16 cas. Il semble cependant qu'on ne doive pas la passer complètement sous silence, en raison des conséquences graves que sa méconnaissance pourrait entraîner.

2^o Le pourcentage des luxations ovalaires par rapport aux autres variétés de luxation de la hanche semble être sensiblement plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte ; chez le premier, elles viennent immédiatement après les luxations iliaques.

3^o C'est moins l'intensité du traumatisme que ses modalités d'application qui importent dans l'étiologie de cette lésion. Il faut peut-être admettre chez les sujets qui en sont atteints, une laxité articulaire spéciale qui les prédispose à la luxation plutôt qu'au décollement épiphysaire qui est la lésion la plus fréquente, et la seule d'ailleurs que nous ayons pu produire expérimentalement.

4^o Chez l'enfant, l'évolution des lésions est beaucoup plus rapide que chez l'adulte, puisque dès la troisième semaine on peut voir constituée l'épaisse couche de tissu lardacé, qui, d'une part, tend à combler la cavité cotyloïde et d'autre part tend à former une néathrose sur le nouvel emplacement de la tête.

5^o La luxation traumatique plus encore chez l'enfant que

chez l'adulte doit être considérée comme une intervention d'urgence qu'il faut pratiquer aussitôt que possible après le traumatisme.

6° Le traitement devra toujours débiter par ces tentatives de réduction non sanglante. La manœuvre de choix paraît être celle qui a été employée par le professeur Princeteau, basée sur le procédé du professeur Denucé pour la réduction de la luxation congénitale, en y apportant les modifications nécessaires pour le traitement d'une luxation antérieure.

Dans les luxations anciennes, et seulement lorsque les tentatives de réduction non sanglante auront échoué, on pratiquera toutes les fois que cela sera possible la reposition sanglante, après extension continue, et sous réserve d'une aseptie parfaite.

Vu :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

M. DENUCÉ

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 juin 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BIGELOW. — The dislocation of the hip, *Lancet*, 1878, t. I.
- BRYANT. — Dislocation of right femur into foramen ovale in a girl aged 14. *Medical Time and Gazette*, 1^{er} nov. 1875, t. II, p. 496.
- CHOPARD. — Fracture du bassin simulant une luxation dans la fosse obtinatrice. *Gazette des hôpitaux*, 21 déc. 1882.
- COOPER (A.). — Treatise of dislocation and fractures of the joints, 1833. Œuvres chirurgicales. Trad. Chassaignac et Richelot, Paris, 1837.
- DREHMANN. — Zur operativen Behandlung irreponiblen traumatischen Hüftgelenks luxationen. *Beilage f. Klinische chirurgie*, 1897, t. XVII, p. 775.
- DUBOUÉ. — *Bulletin Société anatomique*, 1859.
- DUPUY. — *Journal de médecine de Bordeaux*, février 1833; *Gazette des hôpitaux*, 1853.
- ENDLICH. — Über di blutige Reposition der Luxation iliaca et obturatoria. *Arch. f. Klinische Chirurgie*, 1898, t. LVI, p. 574.
- GAYET. — De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche. *Revue de Chirurgie*, 1902, t. XXVI, p. 41.
- GUERSANT. — Notions sur la chirurgie des enfants, Paris, 1864.
- HAMILTON. — Traité pratique des fractures et luxations. Trad. Poinot, Paris 1884.
- HARRIS. — *Annals of surgery* (1894, n° 3).
- HIPPOCRATE. — Œuvres complètes. Trad. Littré, Paris 1844.
- KÜMMER. — *Revue d'orthopédie*, 1891.
- LAURENCE. — Dislocation of the right femur into the obturative foramen in a child. *Lancet*, 1877, t. II, n° 13.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. III.
- LIBER. — *Thèse*, Paris 1891.
- MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations. Paris 1855, t. II.
- MOUCHET et SÉGUINOT. — *Revue d'orthopédie*, 1910.
- MOREAU. — *Memoires de l'Académie de Chirurgie*, t. II, p. 188.

- ORMEROD. — Clinical collections and observations in surgery, made during an attendance on the surgical practice of St-Bartholomew's Hospital.
- PARMENTIER. — *Bulletin Société anatomique*, 1854.
- PINAULT. — *Thèse*, Paris 1898. Des luxations ovalaires de la hanche.
- PIOLLET. — *Thèse*, Lyon 1901-1902. Traitement des luxations traumatiques anciennes de la hanche.
- POWDRELL (J.). — *The Lancet*, 16 mai 1868, p. 614.
- RIEDEL. — Die reposition der Luscatio obtinatoria von Rück nach Aussen. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. LXXIX, 1905, p. 331.
- ROSEMBERG. — Zur operativen Behandlung der irreponiblen, traumatischen Hüftgelenks luxationen. Dissertation Göttingen, Osnabrück, 1897.
- SCHINZINGER. — *Wiener med. Press.* 1880, n° 3.
- SCHÖMAMN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1889.
- SÉDILLOT. — Article luxation du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. *Gazette médicale Strasbourg*, 1859.
- Contribution à la Chirurgie, 1868, t. II.
- Luxation traumatique sous-pubienne du fémur avec conservation des usages du membre. *Gazette hôpitaux*, 1861.
- SOURDILLE. — *Bulletin Société anatomique*, 1895.
- SAINT-GERMAIN. — *Traité de chirurgie des enfants*.
- STREISSLER. — Über die operative Behandlung irreponiblen vordem Hüftluxation. *Beitrage für Klinische Chirurgie*, 1908, t. LVIII, p. 571.
- TREULE. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1882, p. 729.
- VERHAGE. — *Revue médico-chirurgicale*, p. 46.
- VÊTU. — *Thèse*, Paris, 1836.
- WAREN (J.-C.). — *Boston méd. and. surgery Journal*, t. XXIV, p. 220.

